

Kandinsky

# Por detrás do sintoma

Um caso de POC na infância

Maria Moura e Andreia Araújo  
Internas de Pedopsiquiatria do HDE-CHLC

APPIA 2012



# Sumário

- ◆ Introdução
- ◆ Caso clínico
- ◆ Discussão
- ◆ Conclusão



# Introdução

- ◆ Receíos, preocupações e rituais - típicos da infância - funções adaptativas ;
- ◆ Acuidade diagnóstica de POC na infância?

Espectro entre a normalidade desenvolvimental e as situações de psicopatologia emergente.



# Introdução

Rituais da infância vs Rituais na POC



automáticos

rígidos

controlados



dísfunção neurocognitiva - despoletados por  
preocupações mais agudas e irracionais

Evans (2000)



# Introdução

- ♦ Teorias cognitivas: POC - tendência de fazer equivaler os pensamentos a acções;
- ♦ O “egocentrismo” (Piaget, 1930) - sentimentos de culpa e medo de que os pensamentos negativos sobre outros possam torna-se reais;
- ♦ O'Connor (2007) - tendência a uma regressão a estádios mais primitivos (compulsões) para lidar com a incapacidade de tolerar afectos negativos.



# Introdução

- ♦ Prevalência de POC em crianças e adolescentes ~1-3%;
- ♦ POC pediátrica como um subtipo da perturbação:
  - ♦ preponderância maior entre rapazes;
  - ♦ história familiar ;
  - ♦ maior co-morbilidade com perturbação de tiques.
- ♦ Sintomas heterogêneos (múltiplas obsessões e compulsões);
- ♦ < Insight
- ♦ PANDAS?



# Introdução

- ♦ POC de início precoce (<10 anos):
  - ♦ 18% - compulsões na ausência de obsessões;
  - ♦ 26% - compulsões semelhantes a tiques.
- ♦ Menores taxas de co-morbilidade com perturbação depressiva;
- ♦ Semelhante à POC de início mais tardio pelos sintomas apresentados e gravidade;
- ♦ Curso mais crónico e contínuo.

García (2009)



# Caso clínico

- ♦ S., sexo feminino, 6 anos de idade;
- ♦ Vive com os Pais (P40 anos; M39 anos) e irmã (2 anos);
- ♦ 1º ano;
- ♦ Internada em Pediatria (Fevereiro de 2011): evitamento do toque em objectos/pessoas por acreditar que poderá contaminá-los e ser contaminada; dor abdominal.



Chagall



# Caso clínico

- ♦ Desde a véspera do internamento: preocupação marcada em relação ao medo de ser contaminada e ao medo de contaminar os outros:

*«precisava de saber se a professora lavava as mãos porque os micróbios iam matá-la; tapava o nariz para não respirar»; «tocou num casaco vermelho e precisava de saber se a senhora ia morrer quando o vestisse».*



# Caso clínico

- ♦ Movimentos motores repetitivos – sempre a tapar a boca com as mãos  
*«não toca em nenhum sítio porque diz que tudo tem micróbios e que se tocam nela morre»;*
- ♦ Como possível **factor precipitante**: episódio de atopia em amiga próxima (em contexto de alergia alimentar);
- ♦ Possível **factor ansiogénico** familiar – Existência de um Tabu familiar: O pai irá 3 meses para fora de Portugal na tentativa de arranjar emprego.



# Caso Clínico - Antecedentes pessoais

- ♦ Resistência marcada ao sono e cólicas frequentes:

*«a 1ª vez que dormiu 20 minutos seguidos fui ver se estava a respirar».*

- ♦ Quarto próprio aos 2 anos;
- ♦ Dormir a noite toda aos 3,5 anos;
- ♦ Mãe adormece na cama da S.;
- ♦ Entrada para o JI aos 3 anos - ansiedade de separação;
- ♦ Episódios de comportamento mais conflituoso na relação com a mãe.



# Caso Clínico - Antecedentes familiares (1)

## MÃE

- ♦ Avós maternos descritos como figuras austeras e afectivamente distantes;
- ♦ 1º episódio depressivo aos 20 anos;
- ♦ Quadro de distímia com período depressivo no pós-parto e agravamento quando a S. tinha 8m, devido ao diagnóstico de EM do Pai da S..



# Caso Clínico - Antecedentes familiares (2)

## PAI

- ◆ Quando tinha 1 ano terá estado afastado da avó paterna da S. por quadro de meningite num irmão;
- ◆ Com 11 anos, novo afastamento por diagnóstico de neoplasia na avó paterna de S., que condicionou tratamentos fora do país;
- ◆ Desde os 15 anos passou a viver em Lisboa com a irmã (15 anos mais velha) após falecimento do genro;
- ◆ Diagnóstico de EM aos 8m da S..



# Caso Clínico - Observação

- ◆ Pedopsiquiatria de Ligação (dois dias após internamento):
  - ◆ Postura infantilizada na presença dos Pais;
  - ◆ Contacto reservado e evitante, mas sem angústia marcada;
  - ◆ Alguma irrequietude psicomotora;
  - ◆ Mãos fechadas sobre a boca, cíclicamente;
  - ◆ Vai sendo mobilizável através do desenho e consegue, quando se interessa pelo tema, diminuir esse movimento repetitivo;
  - ◆ Afectos mantidos, humor eutímico. discurso organizado. Sem alteração da forma ou conteúdo do pensamento. Sem aparente actividade produtiva.





Desenho de S. (sessão em ambulatório).



# Diagnóstico

- ◆ ideias ou pensamentos repetidos acerca de preocupações com a temática da contaminação - obsessão?
- ◆ necessidade de ir tapando a boca cíclicamente - compulsão?



# Discussão do caso

- ♦ Situação em agudo muito aparatosa;
- ♦ Mobilização familiar em torno do sintoma;
- ♦ Coloca o outro perante o mistério, e uma angústia relacionada com o desconhecido e com o que não se controla.

Lugar vivencial dos sintomas...



Resende



# Discussão do caso

- ♦ Ideia como equivalente real;
- ♦ Exterior perigoso (contaminante)
- ♦ O próprio que poderá ser perigoso (contaminar);
- ♦ Da história familiar: possíveis angústias de morte, ao nível da relação precoce?
- ♦ A criança poderá sentir uma vulnerabilidade materna aos seus ataques agressivos e aos ataques do exterior;
- ♦ Dificuldade em lidar com aspectos da sua agressividade e a distorção da realidade: constructo mágico - defesa possível quando falham outros mecanismos de defesa.



# Conclusão

- ♦ A criança existe num contexto familiar, o sintoma ocupa um lugar neste contexto e tem uma função;
- ♦ Não se nega a complexidade etiopatogénica psicopatológica, mas o alicerce do trabalho terapêutico compreensivo consiste no que é particular a cada caso e numa procura mútua de significados e atribuições sintomáticas.

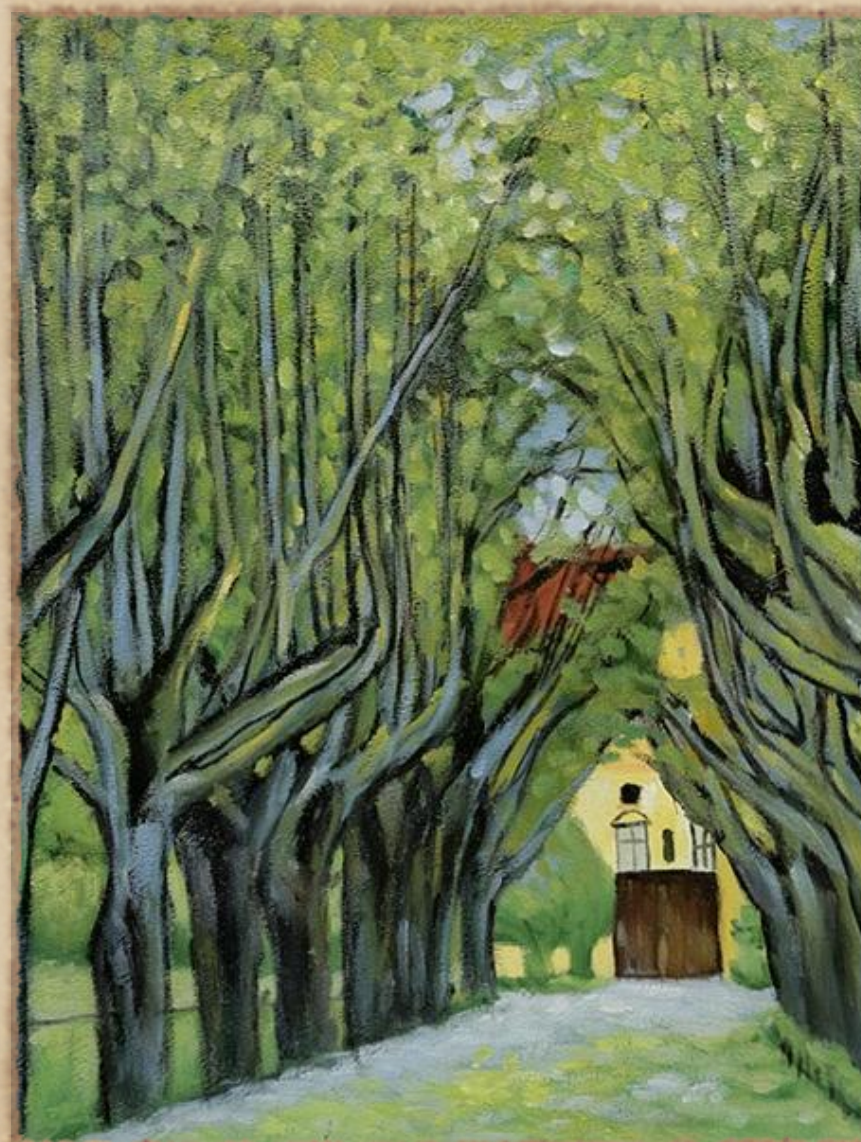


Chagall



# Agradecimentos

- ♦ À Equipa da Ligação de Pedopsiquiatria do HDE-CHLC (Dr. António Trigueiros, Dra. Margarida Marques e Dra. Maria Antonia Silva) pelos momentos de reflexão e discussão conjunta sobre o caso.
- ♦ Ao Dr. Luís Simões Ferreira (Director da área de Pedopsiquiatria do HDE-CHLC), ao Dr. João Beirão (Chefe da Equipa da Lapa do HDE-CHLC) e ao Dr. Juan Sanchez (assistente hospitalar e coordenador do internato) pelos momentos de supervisão do caso.



Kandisky